

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

N° 102

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

René PORTE

Né à Ozon (Hautes-Pyrénées), le 3 juin 1896

DE

L'ÉPISIOTOMIE

Président : M. BRINDEAU, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1923

20A

402

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

100

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

René PORTE

Né à Ozon (Hautes-Pyrénées), le 3 juin 1896

DE

L'ÉPISIOTOMIE

Président : M. BRINDEAU, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1923

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	Ch. RICHERT
Physique médicale	André BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène.	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
	DELBET
	LEJARS
Clinique chirurgicale	HARTMANN
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BRINDEAU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	JEANNIN
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL
Clinique propédeutique.	SERGENT

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LE LORIER	RETTERER
ALGLAVE	FISSINGER	LEMIERRE	RIBIERRE
BASSET	GARNIER	LEQUEUX	ROUSSY
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEREBoullet	ROUVIERE
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LERI	SCHWARTZ(A.)
BRANCA	GUENIOT	LEVY-SOLAL	STROHL
CAMUS	GUILAIN	MATHIEU	TANON
CHAMPY	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHEVASSU	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CHIRAY	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
CLERC	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DEBRE	LANGLOIS	PHILIBERT	
DESMAREST	LARDENNOIS	RATHERY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES MAÎTRES

A MES PARENTS ET AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU

Professeur de Clinique obstétricale
à la Clinique Tarnier

DE L'ÉPISIOTOMIE

INTRODUCTION

La protection du périnée pendant l'accouchement a toujours été une des principales préoccupations des accoucheurs. Aussi, nombreux sont les auteurs qui ont imaginé des manœuvres très diverses, destinées les unes à amener une dilatation progressive du périnée, les autres à faire passer la tête à la vulve par son plus petit diamètre. Si ces artifices donnent pleine satisfaction dans la plupart des accouchements normaux, il est des cas difficiles où ils deviennent inefficaces, et malgré toute l'habileté de l'accoucheur ils n'empêcheront pas une déchirure du périnée de se produire. C'est dans ces cas particuliers qu'ils sera prudent d'avoir recours à une autre manœuvre : *l'épisiotomie*. Quoi de plus aisé, lorsqu'on juge une déchirure inévitable, que de faire soi-même une section dans la région ano-vulvaire à l'endroit que l'on aura choisi, plutôt que de la laisser se faire au hasard, déchirant les muscles, contusionnant tout le plancher pelvien et pouvant même s'étendre jusqu'au sphincter anal et à la cloison recto-vaginale.

Si l'on envisageait ainsi l'épisiotomie on ne lui

trouverait que des avantages, mais malheureusement elle présente aussi de grands inconvénients dont le principal consiste dans son indication même, à savoir les cas où elle doit être pratiquée. Il est difficile en effet de prévoir si un périnée résistera lors du dégagement de la tête, on trouve en effet des vulves étroites, des régions ano-vulvaires dures et inextensibles qui semblent vouées à la déchirure et malgré cela l'accouchement se fait naturellement sans effraction du plancher pelvien. Il peut d'ailleurs se faire un commencement de rupture dans la région de la fourchette sans que pour cela le périnée soit gravement lésé, c'est ce qui se passe d'habitude chez la plupart des primipares. C'est pour ces raisons que l'épisiotomie est rejetée par M. le professeur Pinard et c'est ce qui fait dire à M. Démelin que plus on pratique l'art des accouchements, plus on s'aperçoit que l'épisiotomie est inutile car avec une tête bien fléchie on ne doit pas avoir de déchirures du périnée.

Ces considérations sont très justes, et dans bien des cas les manœuvres intempestives ou l'inexpérience du praticien sont seules causes des délabrements de la région périnéale. Cependant il est incontestable qu'il y a des accouchements où l'épisiotomie est indispensable et si on la pratiquait lorsqu'elle est indiquée on ne verrait plus les larges déchirures qui ne doivent pas être imputées à une faute de technique mais à une fragilité anormale des tissus.

CHAPITRE PREMIER

INDICATIONS DE L'ÉPISIOTOMIE

Il n'y a pas de règle absolue à son indication, il n'y a pas de cas nettement tranchés où l'épisiotomie s'impose d'une façon certaine. C'est surtout une affaire d'appréciation personnelle qu'une longue expérience seule permettra d'acquérir. La conduite à tenir est en effet très délicate et il est bon de fuir les excès pour se tenir dans un juste milieu. Ou bien poussé par un pessimisme exagéré on sectionne un périnée qui aurait très bien résisté au passage du fœtus et l'on fait ainsi une incision qui, bien que ne présentant pas des inconvénients graves, n'en est pas moins fâcheuse puisqu'inutile. Ou bien pour ménager la mère et s'éviter les ennuis de la suture on s'obstine à ne pas vouloir la pratiquer et lorsque l'accouchement est terminé on se trouve en présence d'une déchirure du périnée.

Il faut donc juger sans parti pris les cas où il est plus sage et plus profitable et pour la mère et pour l'accoucheur lui-même de pratiquer l'épisiotomie. Cette petite incision sera pratiquée toutes les fois qu'une déchirure du raphé ano-vulvaire paraîtra inévitable malgré les manœuvres les plus judicieuses.

Les causes de rupture du périnée sont fort complexes, il faut considérer un facteur maternel et un facteur fœtal qui peuvent soit s'aggraver mutuellement soit s'accorder l'un l'autre. Nous ne pouvons donc qu'indiquer les différents cas où le plancher pelvien est susceptible de se rompre, et en présence de ceux-ci l'accoucheur devra, non pratiquer systématiquement l'épisiotomie, mais se tenir sur ses gardes ou comme on a coutume de dire « attendre et se méfier ».

Le périnée peut se rompre sous l'influence de causes maternelles et de causes fœtales, nous n'allons examiner que celles qui indiquent l'épisiotomie d'une façon absolue.

Indications tirées de la mère. — On sera généralement appelé à pratiquer ce débridement vulvaire chez des primipares en travail depuis déjà longtemps, présentant un périnée dur et inextensible, une pigmentation anormale des organes génitaux, et une paroi abdominale criblée de vergetures ; ce dernier signe à lui seul est suffisant pour faire soupçonner la mauvaise qualité et le manque de souplesse des tissus. Le plus souvent ce sera une primipare âgée ayant dépassé trente-cinq ans, c'est-à-dire l'âge moyen de la vie génitale de la femme, ainsi que l'admettent certains auteurs. Dans ces cas l'épisiotomie est nettement indiquée, et sa pratique ne peut que donner des résultats satisfaisants. Il ne faudra pas évidemment tenir la même conduite, lorsque la lenteur du travail sera due au vaginisme, à une contracture

spasmodique du sphincter vaginal, chez des femmes nerveuses et impulsives ; chez celles-ci la tête fœtale en progressant forcera le spasme des muscles pelviens et celui-ci vaincu l'accouchement se terminera spontanément.

L'épisiotomie pourra aussi être indiquée chez des femmes présentant un périnée œdématisé, des grandes lèvres et toute la région ano-vulvaire infiltrées de sérosité, ayant par le fait même perdu toute élasticité et ne demandant qu'à se déchirer ; c'est généralement ce qu'on trouvera chez les cardiaques et les albuminuriques ; mais dans ces deux cas quelques vergetures suffiront à faire disparaître l'œdème. Il n'en sera plus de même lorsque l'infiltration sera due à l'accouchement lui-même, lorsque l'œdème aura pour cause la stase veineuse provoquée par la compression fœtale qui gêne la circulation de retour. C'est ce qu'on verra chez des femmes qui ont eu un travail laborieux, une descente de la tête fœtale longue et pénible malgré des contractions utérines énergiques ; dans ces cas le débridement du périnée est de toute nécessité, car ces tissus privés de circulation se rompent d'une façon certaine lors du dégagement.

Voilà les deux principales indications de l'épisiotomie, celles que l'on rencontrera le plus souvent dans la pratique journalière ; mais il y a encore beaucoup de cas maternels qui réclament la même intervention, aussi nous allons les examiner rapidement.

On pourra être appelé à pratiquer une section du périnée chez des femmes rachitiques dont le bassin vicié se complique fréquemment d'atrésie des parties molles ; chez ces mêmes sujets on pourra voir un espace inter-ano-vulvaire de trop petites dimensions pour le passage de la tête fœtale ou une mauvaise orientation du vagin et de la vulve, tous ces cas sont trop particuliers pour nous arrêter plus longtemps. On a encore signalé comme autre indication de l'épisiotomie les périnées graisseux, ceux où l'élément adipeux a remplacé l'élément musculaire et élastique, mais on n'intervient généralement pas car ce n'est que lorsque l'accouchement est terminé et que le périnée est déchiré que l'on fait le diagnostic. Plus intéressantes sont les femmes qui ont déjà subi une périnéorrhaphie antérieure ou qui présentent des cicatrices autour de la région vulvaire ; chez celles-ci les tissus sont retenus par des brides cicatricielles et ne se laissent plus distendre, aussi il est nécessaire de pratiquer une incision pour permettre le passage du fœtus. Enfin il est des cas impossibles à prévoir, où le périnée se déchire comme de l'amadou sans qu'on puisse en soupçonner la cause ; ici l'épisiotomie ne pourra être indiquée que trop tard, c'est-à-dire lorsque les tissus auront déjà commencé à se fendre sur la ligne médiane.

Indications tirées du fœtus. — Les ruptures du périnée de cause fœtale sont nombreuses, mais en général les manœuvres employées, hyperflexion de la tête et soutien des bosses frontales sont suffisantes

pour éviter la déchirure lors du dégagement. Si l'on passe sous silence les accouchements qui se font en occipito-postérieure, il n'y a guère qu'un cas où l'épisiotomie soit nécessaire : c'est lorsqu'on a affaire à un très gros enfant présentant une circonférence de la tête au-dessus de la normale. Lorsque la tête se présente la première, malgré ses grandes dimensions, il est possible que le plancher pelvien se laisse distendre lentement jusqu'à permettre le passage du fœtus et dans ce cas l'indication opératoire est très relative. Mais en revanche lorsque l'accouchement se fait par le siège, l'épisiotomie est absolument indispensable, car le périnée n'a pas eu le temps de s'assouplir suffisamment pendant le passage du tronc et il retient la tête dernière. Or il importe d'aller vite car l'enfant ne recevant plus de sang maternel par le cordon qui est fortement comprimé, commence à faire des mouvements respiratoires et aspire les glaires du vagin qui iront lui obstruer les voies respiratoires. Si l'on pratique l'incision de la vulve, l'accouchement se terminera rapidement et sans effort et l'on n'aura pas à employer des manœuvres brutales qui auraient eu le déplorable résultat non seulement de déchirer le périnée, mais ce qui est plus grave de provoquer chez les nouveau-nés une hémorragie méningée par rupture des vaisseaux de l'encéphale. C'est donc généralement pour le dégagement de la tête que la section du plancher pelvien se trouve indiquée ; cependant cette incision peut quelquefois rendre de grands services dans l'accouche-

ment des épaules, lorsque le diamètre bis-acromial est exagéré, et dans la présentation du siège décomplété mode des fesses, lorsque les deux jambes du fœtus repliées le long du corps forment deux attelles rigides et empêchent le tronc de s'incurver latéralement. On pourrait encore la pratiquer dans les cas d'hydrocéphalie et de monstres, mais l'enfant étant considéré comme non viable il vaut mieux faire soit une embryotomie soit une basiotripsie.

Comme on le voit, l'épisiotomie n'est nettement indiquée que dans certaines circonstances dont le nombre est assez restreint, mais comme la résistance des tissus varie avec chaque individu, comme chaque périnée a une limite d'élasticité qui lui est propre, chaque opérateur devra se dicter lui-même une conduite à tenir différente dans chaque cas particulier.

Du moment où il faut faire l'épisiotomie. — Ce qui fait la difficulté des indications de l'épisiotomie c'est qu'elle doit être pratiquée très tôt. Il est évident que si pour faire cette opération on attendait ainsi que le font Erzfeld et Fleishmann que le périnée commence à se déchirer, il n'y aurait plus d'indécision possible, mais en revanche, elle perdrait la plupart de ses avantages et ne répondrait pas au but qu'on se propose. L'épisiotomie doit devancer la déchirure, elle doit être *une incision prophylactique*, et cependant comme le fait remarquer Adler, elle est presque toujours pratiquée trop tard. Il ne faut pas attendre l'apparition de la raie blanche sur le

périnée ou un commencement de déchirure au niveau de la fourchette, car à ce moment les bénéfices peuvent en être très réduits ; en effet il arrive bien souvent que déjà la muqueuse de la paroi postérieure du vagin et les muscles du plancher pelvien sont entamés par les bosses frontales. Max Stolz pratique cette incision au cours de l'avant-dernière douleur ; Küstner opère au début de la dernière douleur ; ces indications n'ont rien de précis et ne font que tourner la difficulté au lieu de la résoudre.

Cette section préventive doit donc être faite avant toute trace de déchirure ; cependant il ne faudrait pas trop se presser et la pratiquer lorsqu'on aperçoit la tête à la vulve au moment d'une contraction ; il faut attendre pour l'exécuter que l'occiput reste accroché sous la symphyse pubienne et demeure visible même dans l'intervalle des contractions utérines. Le dégagement peut se produire alors d'un instant à l'autre et le périnée est en danger, c'est à ce moment qu'il est prudent de pratiquer l'épisiotomie si on estime qu'une déchirure est inévitable.

CHAPITRE II

MANIÈRES DE PRATIQUER L'ÉPISIOTOMIE

Les manières de pratiquer l'épisiotomie sont excessivement variées, et peut-être leur nombre même prouve qu'il n'y a en aucune entièrement satisfaisante. Elles ont toutes pour but d'élargir l'orifice vulvaire au moyen d'une ou de plusieurs incisions, mais celles-ci doivent être suivant les auteurs exécutées de façons différentes. Bien que la façon de sectionner les tissus paraisse sans importance, nous allons voir qu'elle présente au contraire un grand intérêt au point de vue suture immédiate et au point de vue pronostic éloigné pour les accouchements ultérieurs. Nous allons donc passer en revue les différentes techniques employées en faisant ressortir les avantages et les inconvénients que chacune d'elle comporte et ensuite nous exposerons celle qui paraît la meilleure à tous les points de vue.

Certains accoucheurs pratiquent l'incision sur la ligne médiane; ils fendent sur une certaine longueur le raphé ano-vulvaire depuis la fourchette jusqu'à quelques centimètres de l'anus. Cette *périnéotomie médiane* ainsi nommée par Mandelberg (1901) qui

a été son ardent défenseur avait été imaginée bien avant par Michaëlis qui le premier pratiqua l'épisiotomie. Cette façon de procéder a eu de nombreux partisans en Allemagne, c'est ainsi que Ott (1895) et Kustner (1910) en ont fait ressortir les avantages. D'après ces auteurs, cette méthode serait très satisfaisante, elle permettrait, non seulement d'éviter la déchirure du sphincter anal, mais encore avec deux doigts introduits dans la brèche ainsi créée d'aller relever les bosses frontales du fœtus et d'aider ainsi d'une façon efficace le dégagement de la tête. Bien que ces accoucheurs soutiennent que l'incision ne s'étend pas au moment du passage du fœtus, il est possible que cette règle ne soit pas exempte d'exceptions ; lorsqu'une déchirure est commencée on ne sait pas où elle s'arrêtera, et comme la limite inférieure de la plaie est très proche de l'anوس, il suffira d'une manœuvre un peu trop intempestive ou d'une expulsion un peu trop brusque pour que le sphincter anal soit intéressé.

Il est aussi une autre école qui avec Ritgen effectue une série de petites incisions tout autour de l'orifice vulvaire ; cette méthode permet d'avoir une ouverture aussi large que celle que l'on obtient avec une seule fente, et comme les tissus ne sont sectionnés que très superficiellement, la suture est très facile à faire et les complications n'existent pas. Si au point de vue immédiat cette technique est à l'abri de la critique, il n'en est pas de même pour l'avenir. Ces petites plaies en se cicatrisant transformeront la fente

vulvaire en un cadre rigide qui lors des accouchements ultérieurs ne pourra plus se dilater suffisamment pour laisser sortir le fœtus.

Il y a encore une troisième catégorie d'accoucheurs qui avec Dürhssen conseillent de pratiquer deux incisions latérales, partant à un centimètre de chaque côté de la fourchette et se dirigeant obliquement vers le bas. Ce procédé présente beaucoup d'inconvénients dont le plus grave est de ne pas protéger le périnée d'une façon absolument certaine. En effet la déchirure commence toujours sur la paroi postérieure du vagin, et malgré les deux incisions obliques, si la tête a déjà entamé la muqueuse, celle-ci continuera à se fendre vers la fourchette devant la poussée du front comme l'étoffe devant le ciseau lorsque la déchirure est commencée. Ensuite, sans parler du travail occasionné par une double suture, le lambeau médian tombant par son propre poids tend à s'écarter de la lèvre supérieure de la plaie et n'offre aucune tendance à la réunion spontanée.

Enfin nous signalerons un dernier procédé allemand qui consiste à fendre la région périnéale par une large section allant de l'orifice vulvaire jusqu'à l'os. Bien que cette méthode soit toujours efficace, elle n'est cependant pas à conseiller pour les accouchements et doit plutôt être réservée pour les hystérectomies vaginales. On n'a pas le droit de faire subir à une femme une telle mutilation qui, la plupart du temps, est inutile et qui peut présenter à elle

seule autant d'ennuis qu'une déchirure complète du périnée ; le premier devoir du médecin étant de ne pas nuire, il ne faut pas pour éviter un mal risquer d'en créer un plus grand encore.

Nous dirons peu de chose du procédé de Tournay qui a inventé un nouvel instrument, le débrideur périnéal, bistouri spécial destiné à fendre non l'orifice vulvaire mais l'orifice vaginal par deux incisions latérales dans le tiers inférieur. Bien plus intéressante est l'épisiotomie pratiquée selon la méthode de Tarnier : cet auteur conseille de faire une incision oblique partant de la fourchette et allant se terminer sur un des côtés de l'anus. Cette technique présente sur les autres l'avantage d'épargner toujours le périnée, ensuite la section n'intéresse que la peau, le fascia superficiel et tout au plus quelques fibres du constricteur du vagin, elle laisse donc absolument intacte la masse principale de la musculature périnéale. Cependant malgré les bons résultats qu'elle donne, elle présente au point de vue suture quelques inconvénients que nous examinerons dans le chapitre suivant.

Il est enfin une nouvelle méthode qui nous retiendra plus longtemps, c'est celle que l'on appelle en Y ou en baïonnette. Ce nouveau procédé s'inspire à la fois de l'épisiotomie de Michaëlis et de celle de Tarnier, c'est dire qu'elle en cumule les avantages tout en écartant les inconvénients. Elle consiste à fendre le périnée sur la ligne médiane jusqu'à une certaine distance de l'anus, puis à continuer la fente

ainsi commencée par une petite incision oblique se prolongeant sur un des côtés de l'orifice anal. Voici la marche à suivre pour son exécution : lorsque la tête fœtale reste accrochée sous la symphyse pubienne, si l'on a déjà remarqué au cours de l'accouchement que les tissus maternels sont de mauvaise qualité, et si l'on estime que le dégagement d'une tête trop grosse ne pourra se faire sans entraîner un délabrement périnéal, l'épisiotomie est de toute urgence. Pour la pratiquer il est nécessaire de bien voir toute la région, aussi un bon éclairage est absolument indispensable. Certains auteurs, pour la facilité de l'opération, préfèrent mettre la femme dans le décubitus latéral ; d'autres prennent simplement la précaution de bien faire écarter les jambes et de relever fortement le siège par une pile de draps ; tout cela est question d'habitudes personnelles. Comme pour toute opération il ne faudra pas se départir un instant de l'asepsie la plus rigoureuse, aussi les instruments nécessaires seront bouillis ou flambés durant un temps suffisant ; le périnée devra être débarrassé du mucus qui s'écoule de la vulve, et l'orifice anal plus ou moins souillé par les fèces sera recouvert d'une compresse stérilisée pour éviter tout contact sceptique.

Ceci fait, après avoir passé une légère couche de teinture d'iode sur toute la région, ou après l'avoir lavée avec la solution iodo-iodurée de Tarnier, on introduit la lame d'une paire de ciseaux à bouts mousses entre le périnée et la partie fœtale qui se

présente. La lame étant glissée à plat d'une longueur suffisante, on la relève et on sectionne les tissus sur la ligne médiane en suivant le raphé anovulvaire sur une certaine longueur, ensuite arrivé à une petite distance de l'anus on continue la section verticale par une petite incision oblique se dirigeant vers un des côtés de l'orifice anal. Pendant ce temps il faut recommander à la parturiente de ne pas pousser, et faire maintenir la tête par un aide pour qu'elle n'opère pas sa déflexion avant que la périnéotomie ne soit achevée. Après cette opération le périnée anal est à l'abri de toute déchirure et l'accouchement se termine vite et d'une façon heureuse pour la mère et pour l'enfant.

Bien que ce procédé paraisse d'une technique un peu plus compliquée que celui de Tarnier, nous allons voir dans le chapitre suivant qu'il présente sur celui-ci de réels avantages au point de vue suture.

CHAPITRE III

AVANTAGES DE L'ÉPISIOTOMIE

On a reproché à l'épisiotomie de créer beaucoup plus de plaies du périnée qu'elle n'en évite, cela est peut-être vrai lorsqu'elle devient une règle de conduite immuable, lorsqu'elle constitue une sorte de réflexe chez certains praticiens inexpérimentés, mais lorsqu'elle est pratiquée à propos elle donne des résultats excellents. Il est de toute évidence que pratiquée systématiquement elle est contraire au but qu'elle se propose, et si on ne l'envisageait que sous ce jour on serait tenté de la bannir des manœuvres d'obstétrique. Mais si on ne l'applique que dans les cas indiqués, lorsqu'il y a une trop grande disproportion entre la circonférence de la présentation et la dilatation maxima de l'orifice vulvaire, ce n'est pas faire preuve de témérité que de se hasarder à l'exécuter, car on ne peut qu'en tirer des avantages. Enfin si on suit la méthode de l'épisiotomie en baïonnette on se rendra compte que la suture et la cicatrisation de la plaie se feront bien plus facilement que si on a adopté une autre technique et à plus forte raison que si on a laissé le périnée se déchirer seul. Voici

d'ailleurs les raisons qui doivent encourager à pratiquer l'épisiotomie lorsqu'elle est indiquée :

1° En premier lieu c'est une opération très facile à exécuter, elle ne nécessite ni un outillage compliqué, ni des connaissances spéciales, c'est-dire qu'elle est à la portée de tout médecin, et qu'une simple trousse de campagne suffit largement ;

2° Elle permet d'éviter une déchirure du sphincter anal avec toutes ses conséquences dont la plus grave est l'incontinence des matières fécales. De plus si tout praticien est capable de suturer une épisiotomie, il n'est pas dit qu'il en soit de même pour une périnéorraphie complète avec suture du sphincter ; enfin la plaie périnéale risque beaucoup plus de s'infecter au contact des matières septiques venant du rectum.

3° Non seulement cette incision prophylactique protège le périnée postérieur, mais elle met aussi à l'abri la région vaginale antérieure qui, bien que rarement lésée peut cependant être intéressée lors de l'expulsion du fœtus. Le clitoris, les bulbes du vagin peuvent être déchirés, parfois même arrachés et on a cité des cas de mort par hémorragie à la suite de leur rupture. Enfin l'urètre peut lui-même être fortement contusionné et donner lieu à des complications du côté de l'appareil urinaire ;

4° La section préventive du périnée est aussi très avantageuse pour l'enfant ; elle permet de terminer rapidement l'accouchement, surtout dans les cas de tête dernière où le fœtus menace d'asphyxier par compression du cordon ;

5° Enfin elle dispense souvent de l'usage du forceps en prise directe, et elle permet ainsi d'éviter les lésions que cet instrument peut provoquer soit du côté de la mère, soit du côté de l'enfant ;

6° En dernier lieu l'épisiotomie présente comme avantages d'être constituée par une section franche, les bords sont nets, aussi la réparation en sera rapide, la plaie se cicatrisera par première intention. Dans les déchirures spontanées au contraire, les tissus ont été meurtris même à distance, la plaie est généralement anfractueuse, il y a des débris de muscles et d'aponévroses qui sont privés de vie, voués à la nécrose et par cela même à la suppuration, aussi la guérison est plus lente et les complications ne sont pas rares.

Voilà les principaux avantages de l'épisiotomie en général, pratiquée suivant les diverses méthodes ; mais si on adopte la technique en baïonnette on s'aperçoit qu'elle offre des bénéfices sensiblement supérieurs aux précédentes :

1° L'épisiotomie étant pratiquée sur le raphé ano-vulvaire, se trouve ainsi sur la ligne de moindre résistance, sur la région où la tête fœtale exerce le maximum de pression ; aussi la section suivant la même route que celle qui aurait été suivie par une déchirure naturelle, le sphincter anal est à l'abri et on n'a pas à craindre une déchirure du périnée postérieur comme cela peut arriver avec les incisions latérales de Dürhssen ;

2° Les deux lèvres de la plaie étant parallèles,

puisque la section est verticale, elles ont une tendance naturelle à se rapprocher l'une de l'autre, et les points de suture ne tirailleront pas les tissus, ne couperont pas la peau comme lorsque les deux bords de la section sont attirés en sens inverse. C'est ce qui a lieu dans l'incision de Tarnier où le fragment inférieur décollé tend par son propre poids à s'écarter du lambeau supérieur ;

3° L'incision étant faite verticalement, le drainage de la plaie se fait mieux, il n'y a pas de rétention de liquides ou de sang, ceux-ci s'écoulant naturellement vers le point déclive ;

4° Bien que cette épisiotomie ressemble à celle de Michaëlis, elle en diffère par la petite section oblique et c'est ce qui fait sa supériorité. Tandis que la méthode de cet auteur allemand ne protège le sphincter anal que d'une façon très relative, ici au contraire la petite incision surajoutée constitue une sorte de « cran d'arrêt » qui si l'impulsion de la tête devient trop brusque orientera la déchirure vers un des côtés de l'anus ;

5° Enfin si on se place à un point de vue un peu particulier, l'incision en baïonnette ne déforme pas la région ; la vulve reste après cicatrisation absolument dans l'axe du corps, tandis que dans l'épisiotomie de Tarnier l'orifice vulvaire est plus ou moins dévié par la cicatrice latérale.

CHAPITRE IV

SUTURE DE L'ÉPISIOTOMIE

La suture de l'épisiotomie n'offre rien de particulier et est soumise aux mêmes lois que celles qui régissent les déchirures du périnée ; la seule différence qui existe c'est qu'elle est plus facile à exécuter et moins sujette aux complications. On fait généralement la suture assitôt l'accouchement terminé ; certains cependant attendent que l'arrière-faix soit expulsé pour avoir plus de liberté dans leurs mouvements dans le cas où ils seraient obligés de faire une délivrance artificielle. En définitive il est préférable d'agir le plus tôt possible, car moins on laisse à l'air la surface de la plaie, moins elle risque de s'infecter, et ensuite si on a endormi la parturiente pour l'accouchement, on peut profiter de cette anesthésie pour pratiquer l'opération sans douleur. Cependant il peut arriver qu'il soit préférable d'attendre quelques jours, ce sera lorsqu'on se trouvera en présence de tissus de faible vitalité ou profondément infiltrés d'œdème comme cela peut se voir chez certaines albuminuriques. Que l'on fasse la suture immédiate ou retardée, il sera nécessaire d'endormir la malade

suivant l'une de ces méthodes d'anesthésie qui paraîtra la plus avantageuse et la mieux adaptée aux circonstances.

La femme étant mise en position gynécologique, on peut donner une injection pour débarrasser le vagin et les culs-de-sac des caillots et du sang qu'ils renferment ; à la rigueur on peut se contenter d'enfoncer un tampon de gaze stérilisée dans les voies génitales, celui-ci faisant éponge absorbera les liquides venant de l'utérus et permettra de mieux voir la région à traiter. Après avoir bien examiné la plaie et arrondi les angles aux ciseaux il ne reste plus qu'à passer les fils. Pour cela on se sert d'une aiguille d'Emmet ou de Reverdin que l'on enfonce à un centimètre du bord de la section et qu'on fait ressortir à la même distance du côté opposé en ayant soin de faire cheminer l'aiguille dans la profondeur des muscles de telle façon qu'elle n'apparaisse dans la brèche en aucun endroit. Cela fait on passe un crin de Florence, généralement de couleur bleue pour qu'il soit plus visible lors de son extraction ; on pourrait aussi se servir de soies ou de catgut, mais ceux-ci ont le grand inconvénient de s'imbiber au contact des lochies. Si l'on ne dispose pas d'une aiguille à grande courbure on peut à la rigueur se servir d'une aiguille droite ; pour cela on passe séparément le crin dans chaque lèvres de la plaie en ayant soin de ne le laisser paraître dans le fond de la section que de la longueur nécessaire pour être repris par l'aiguille. Du côté du vagin on

fait quelques points au catgut en prenant la précaution de bien fermer l'angle dièdre.

Certains accoucheurs font une série de points interstitiels au catgut, mais ils sont généralement inutiles, ceux-ci étant surtout réservés aux périnéoraphies consécutives à un délabrement important du plancher pelvien. La suture achevée, on la recouvre d'un pansement stérile ou au peroxyde de zinc, que l'on maintient en place par un bandage en T ; après chaque miction on lavera la région avec un antiseptique faible et au bout de la première semaine si l'opération a été bien conduite on pourra enlever les crins.

CHAPITRE V

COMPLICATIONS DE L'ÉPISIOTOMIE

Les complications de l'épisiotomie sont à peu près les mêmes que celles que l'on voit survenir à la suite d'une déchirure spontanée du périnée, avec cette différence cependant qu'elles sont plus rares et généralement beaucoup moins graves que ces dernières. Aussi la crainte de celle-ci ne doit jamais faire hésiter à pratiquer l'épisiotomie lorsqu'elle se trouve indiquée, car la déchirure spontanée de la région ano-vulvaire est peut-être encore plus fertile en conséquences fâcheuses. Les suites pathologiques de l'épisiotomie qui sont de gravité très variable peuvent être immédiates ou tardives. Parmi les premières on trouve :

1° *La douleur*.— Celle-ci mérite à peine le nom de complication, car elle est la conséquence naturelle de toute plaie opératoire. Très variable d'un sujet à l'autre, elle commence à se faire sentir dans les heures qui suivent l'accouchement, et devient de plus en plus vives à mesure que l'anesthésie diminue ses effets. Elle est rarement excessive, mais cependant elle est très fâcheuse car elle ne permet aucun repos à la nouvelle accouchée qui épuisée par un travail souvent pénible et des pertes de sang quel-

quefois abondantes aurait besoin de sommeil. Généralement la douleur disparaît assez vite, mais si toutefois elle se prolongeait d'une façon exagérée ou si elle présentait une acuité exceptionnelle, il serait indiqué de faire une piqûre de morphine pour permettre à la malade de se reposer.

2° *L'infection.* — Les complications infectieuses sont plus à redouter car elles peuvent non seulement intéresser la plaie elle-même, mais de là elles peuvent gagner les organes génitaux internes et même la voie sanguine et créer ainsi toutes les formes d'infection puerpérale.

Ces complications sont assez rares dans l'épisiotomie et elles peuvent sinon toujours du moins très souvent être évitées. Ce qu'il importe avant tout c'est d'observer les règles d'asepsie et de ne pas laisser au moment de la suture d'espace mort dans l'épaisseur des tissus, car ici pourront se faire des rétentions de lochies et de sang qui s'infecteront donnant naissance à un foyer purulent. Celui-ci se fera jour à travers les muscles, la peau paraissant soudée se décollera et s'ouvrira sur la ligne de suture pour laisser s'écouler le pus. Certaines fois la plaie au lieu de se cicatriser se recouvrira de membranes diptéroïdes brunâtres, ses bords se boursoffleront faisant casser les crins et elle s'ouvrira d'un bout à l'autre. Ces cas qui sont dus à une infection streptococcique exigent que l'on redouble de précautions. On fera un pansement à plat après avoir badigeonné la plaie avec des ferments lactiques et ce ne sera que

lorsque la surface cruentée sera complètement décapée de l'enduit qui la recouvrait et aura repris sa couleur normale que l'on se décidera à refaire la suture. Il peut arriver aussi que la peau présente au niveau des points de suture un peu de rougeur et une certaine tendance à la suppuration ; il suffira de la toucher légèrement avec de la teinture d'iode pour que l'inflammation disparaisse.

Parmi les complications tardives nous pouvons signaler :

1° *La rigidité cicatricielle du périnée.* — Cette complication ne se manifeste qu'au moment des accouchements ultérieurs, le périnée qui manquait déjà de souplesse va voir sa rigidité encore augmentée par suite d'une bride cicatricielle inextensible sorte de reliquat de l'épisiotomie antérieure. Cette conséquence fâcheuse étant d'ordre physiologique on ne peut songer à l'éviter ; aussi elle devient une indication de la périnéotomie pour les accouchements suivants.

2° *La déformation de l'orifice vulvaire.* — La plaie en se cicatrisant tire sur l'orifice vulvaire et le déforme, la vulve n'est plus dans l'axe du corps, les grandes lèvres ne sont plus exactement symétriques et la fourchette est plus ou moins déplacée. Il se produit comme une sorte de « paralysie faciale unilatérale ». C'est ce qui arrive lorsqu'on adopte la technique de Tarnier ; mais si on suit la méthode de l'épisiotomie en baïonnette la déformation est sinon nulle, du moins très peu apparente.

CONCLUSIONS

L'épisiotomie ne doit pas être considérée comme une conduite de choix, mais comme une conduite de nécessité ; aussi il ne faudra pas hésiter à la pratiquer lorsqu'on jugera une déchirure du périnée inévitable :

1° Dans les atrésies des parties molles ; soit congénitales comme dans le rachitisme, soit acquises comme celles qui résultent de cicatrices ou de périnéorraphies antérieures ;

2° Dans les cas d'œdème consécutif à un travail laborieux ;

3° Dans les accouchements par le siège, lorsque la tête fœtale dernière se trouve retenue dans les voies génitales.

L'épisiotomie pratiquée suivant le mode en baïonnette présente sur les autres méthodes de précieux avantages :

1° Elle est d'une suture très facile, les deux lèvres de la plaie tendant à se rapprocher naturellement l'une de l'autre ;

2° Elle se draine d'une façon parfaite ; aussi pas de

réten-tion et par conséquent les risques d'infection sont très réduits ;

3° Elle ne déforme pas la vulve, la cicatrice se trouvant dans le raphé médian.

4° Elle est toujours efficace, le sphincter anal n'est jamais intéressé après son exécution.

Vu : le Président de la thèse,
BRINDEAU

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris.
P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

Concerning the principles and practice of episiotomy. Why central preferable to latéral (Annals of gynæcologig and Pædiatry, Boston, 1894-1895).

Also. Journal American médecine Ass. Chicago, 1895.

La périnéotomie préventive médiane pendant l'accouchement (Journal aknsherstva i Zenskich bolieznei organ. Saint-Pétersbourg, 1901).

The advantages of episiotomy (New-York med. journal, 1902).

Preventive treatment of ruptured perineum (Memphis med. Month, 1902).

Zür Episiotomie. Max Stolz (Zentrabl. für Gynæk. Leipzig, 1910).

Ueber transversale épisiotomie Waldstein (Verhandl der deutschen gesell. Gynæk, 1911).



